Rok XXVI. Kraków, 10 Grudnia 1887. Nr. 50.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Ulica Sławkowska Nr. 8, I. piętro.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

I. Z kliniki chirurgicznéj prof. Kosińskiego w Warszawie.

Przyczynek do chirurgii dróg żółciowych.

(Odczyt wypowiedziany na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego d. 27 września 1887 roku).

Podał
Karol Zagórski,
asystent téjże kliniki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 49).

Quo ad primum, t. j. co do nowotworów pęcherzyka żółciowego, to wspomnę tu o nich tylko mimochodem, w bardzo bowiem tylko wyjątkowych razach dostępnemi dla operacyi stać się one mogą. Istotnie łagodne nowotwory pęcherzyka żółciowego, jak śluzaki, włókniaki (Albers), brodawczaki, kostniaki, (Haldane, Tuck), zdarzają się nadzwyczaj rzadko, a niczém nie zdradzając swojéj obecności, ani razu dotąd niepodejrzywane za życia, przypadkowo tylko zawsze przy oględzinach pośmiertnych wykrywane były. Co się tyczy nowotworów złośliwych pęcherzyka żółciowego, to z pomiędzy nich najczęstsze bywają różne postacie raka, szczególniéj zaś nabłoniak. Nowotwory złośliwe napotykamy tu zazwyczaj następczo, bądź w skutek przejścia nowotworu z sąsiedniego narządu, bądź w skutek przerzutu z organów odległych. Znane są jednak spostrzeżenia dotyczące pierwotnych raków pęcherzyka żółciowego. Cierpienie to po raz pierwszy opisał Durand-Fardel [1]), jakkolwiek pokrótce wspomina już o niém pierwéj Cruveilhier [2]), w nowszych zaś czasach w pracach Frerichsa, Villarda, Cohna, van Schneppela [3]) znaleźć można liczne przykłady raków pierwotnie w pęcherzyku żółciowym rozwiniętych. Niestety jednak i w tych przypadkach, w których rak pierwotnie w pęcherzyku żółciowym powstaje, rzadko bardzo pomocy chirurgicznéj dostępnym bywa, ze względu iż początkowo nie towarzyszą mu żadne dolegliwości, a właściwe rozwojowi jego ogólne i miejscowe objawy wówczas dopiero spostrzedz jesteśmy w stanie, gdy już z pęcherzyka na sąsiednie narządy się rozszerzył, co możliwość pomocy chirurgicznéj unicestwia. Gdyby jednak w wątpliwym przypadku udało się przez laparotomiję próbną stwierdzić obecność raka umiejscowionego w samym pęcherzyku żółciowym i nieprzechodzącego jeszcze na sąsiednie części, wówczas powinnibyśmy natychmiast przystąpić do operacyi, przyczém samo przez się wynika, że do cholecystektomii uciecby się należało.

Quo ad secundum, t. j. co się tyczy ran pęcherzyka żółciowego, to przedmiot ten oddawna budził zajęcie chirurgów, a piękna praca doświadczalna Herlina, przed 120 laty ogłoszona, o któréj wyżéj wspominaliśmy, ustanawiała już teoretycznie w tych razach racyjonalność i możliwość chirurgicznéj pomocy. To samo wynikać się zdawało i z późniejszych doświadczeń Campaiguaca. Jeśli jednak tak znakomite, przekonywające prace przeszły nieomal niespostrzeżenie, to przyczyny tego szukać chyba winniśmy w tym fakcie, że do bardzo niedawnego czasu w przekonaniu wszystkich nieomal chirurgów rany przeszywające pęcherzyk żółciowy, uważane były za bezwarunkowo śmiertelne. Tak np. Mayer [1]) w monografii dotyczącéj ran wątroby i pęcherzyka żółciowego, wydanéj w 1872 r., powiada: „Pęknięcia i rany pęcherzyka żółciowego kończą się wszystkie śmiercią, prawie zawsze w skutek następowego zapalenia otrzewny.“ Nussbaum jeden z pierwszych zwrócił uwagę, że obawy dotyczące skutków wylania się żółci do jamy otrzewnéj wydają się być przesadzonemi. Pominę szczegółowszy przegląd prac podjętych celem rozstrzygnięcia tego pytania, z pomiędzy których doświadczenia Emmerta i Boströma na szczególną zasługują wzmiankę, powiem tylko, że Röhman na zasadzie licznych

[1]) *Durand Fardel. Maladies des Vieillards.* 1838 p. 761.
[2]) *Cruveilhier Anatomie Pathologique* T. II, p. 542. — [3]) *Ziemsen* T. VIII. *Krankeiten der Gallenwege* p. 68.

[1]) *Mayer. Die Wunden der Leber und der Gallenblase. München* 1882.

doświadczeń dokonanych na zwierzętach [1]) doszedł nakoniec do wniosku, że wylanie się czystéj żółci do jamy otrzewnéj nie wywołuje wcale zapalnéj reakcyi. Jeśli wniosek ten wydać się może nieco zbyt bezwzględnym, to w każdym razie nie ulega wątpliwości, że wylanie się żółci do jamy otrzewnéj u człowieka niezawsze zapalenie otrzewny za sobą wiedzie, a niekiedy nawet pomyślnie się kończy. Tak z dawniejszych autorów Sabatier (Roth l. c. p. 137) przytacza przypadek rany kłótéj zadanéj szpadą, która wniknęła aż do pęcherzyka żółciowego. Chory żył potém jeszcze 7 lat, a po śmierci znaleziono opróżniony pęcherz żółciowy komunikujący z jamą otrzewnéj, która zawierała znaczną ilość żółci. W nowszych czasach Thiersch na 8ym Zjeździe chirurgów niemieckich zdawał sprawę z trzech szczęśliwie zakończonych przypadków wylania się żółci do jamy otrzewnéj z powodów traumatycznych. Pierwszy przypadek Freyera dotyczył 13-letniego chłopca, który zachorował w skutek uderzenia w okolicę wątroby. Rozwinęły się objawy zapalenia otrzewny z zebraniem płynu w jamie brzusznéj. 4-krotna punkcyja, przy któréj wydobyto 47 litrów czystéj żółci, wyzdrowienie. Chory zdrów zupełnie w 10 lat późniéj. Drugi przypadek Barlowa. Mężczyzna 43-letni uderzony w brzuch z prawéj strony. Zebranie znacznéj ilości płynu w jamie otrzewny, pięciokrotne przekłócie trójgrańcem, przyczém wypuszczano po 7—9 litrów żółci, wyzdrowienie. Trzeci przypadek Uhdego. Urzędnik kolejowy przygnieciony pomiędzy buforami. Objawy zapalenia otrzewny z zebraniem się płynnéj wydzieliny. Dwukrotne przekłócie. Wyzdrowienie. (Sam Uhde ogłosił późniéj w archiwie Langenbecka, że chory umarł w skutek następczych ropni w jamie otrzewny). Nakoniec Landau [2]) powiada, że dość często w przebiegu pooperacyjnego leczenia bąblowców wątroby wydarza się, że żółć ze zranionego miąższu wątroby do jamy otrzewnéj spływa, a niekiedy i na opatrunek przesiąka, co jednak zazwyczaj złych następstw za sobą nie pociąga. Możliwość więc wnikania żółci do jamy otrzewnéj, bez wywoływania następczego rozlanego zapalenia otrzewny, jest faktem niezbitym i żadnéj nieulegającym wątpliwości. Zauważyć zaraz muszę, że we wszystkich przytoczonych, szczęśliwie zakończonych przypadkach wylania się żółci do jamy otrzewnéj, żółć była zawsze prawidłowego składu, trafiało się to bowiem u osób zkądinąd zdrowych i nagłemu przypadkowi uległych. Inaczéj się rzecz ma, jeśli mamy do czynienia z żółcią chorobowo zmienioną, choćby tylko w skutek zastoju jéj w wątrobie. Dla tego téż pęknięcie pęcherzyka żółciowego, rozciągniętego nadmiernie przez nagromadzoną w nim zawartość, lub przedziurawionego od wewnątrz przez uwięźnięte w ścianach jego kamienie, zawsze bywa śmiertelném. Zachodzi tu więc pewna analogija z tém, co wykazał niedawno Trzebicky [3]) co do moczu, który podług jego doświadczeń wtedy dopiero własności drażniących nabiera i wylany do otrzewny zapalenie jéj wywołuje, gdy w skutek zastoju w pęcherzu moczowym, moczowodach lub miedniczkach nerkowych, nieprawidłowéj uległ fermentacyi.

Wiedząc już, że rany pęcherzyka żółciowego nie są bezwarunkowo śmiertelne, powinniśmy, gdybyśmy się niewątpliwie w obec takiéj rany znaleźli, przystąpić natychmiast do czynnéj pomocy. Jeśli pęcherzyk żółciowy zraniony jest przez narzędzie lub pocisk, które wniknęły doń przez uszkodzoną ścianę brzuszną, wówczas wypływająca z rany żółć wszelką wątpliwość w téj mierze usunie. Jeśli jednak pęknięcie pęcherzyka nastąpiło bez równoczesnego uszkodzenia ściany brzusznéj, wówczas wydarzyć się może, iż niepewne rozpoznanie wstrzyma nas od zbyt czynnego wystąpienia. Otóż za ważną wskazówkę, świadczącą o uszkodzeniu dróg żółciowych (lub wątroby), posłużyć nam tu może żółtaczka, która w takich razach niechybnie się rozwija w skutek wessania przez błonę surowiczą wylanéj do niéj żółci. O ważności téj wskazówki przekonywają nas doświadczenia Boströma podjęte na zwierzętach, a potwierdza ją spostrzeżenie Courvoisiera [1]). Dotyczy ono choréj, któréj Courvoisier wykonał wycięcie pęcherzyka żółciowego, przyczém oddzielenie pęcherzyka od miąższu wątroby przedstawiało wiele trudności. Otóż w 14 godzin po operacyi opatrunek przesiąknął żółcią, prawdopodobnie z obnażonego miąższu wątroby ściekającą. Na drugi dzień wystąpiła żółtaczka. Chora wyzdrowiała.

Gdybyśmy tedy mieli przyczynę mniemać, że mamy do czynienia ze zranieniem przewodów żółciowych, wówczas powinnibyśmy przedewszystkiém zrobić laparotomiję, a następnie zastósować resztę postępowania naszego do rodzaju i miejsca uszkodzenia. Jeśli uszkodzony jest sam pęcherzyk, wówczas mamy przed sobą dwie drogi, a mianowicie: zeszycie rany w pęcherzyku, albo wycięcie jego. Zeszycie rany w ścianie pęcherza żółciowego, dokonane za pomocą szwów Lemberta, przedstawiałoby te same niedogodności, o jakich wspominaliśmy przy opisie cholecystotomii wykonanéj sposobem Spencer Wellsa, która, jak wiemy, jest już dziś porzucona; pozostałoby nam więc tylko uciec się do wycięcia pęcherzyka, do cholecystektomii, która w takim przypadku nie powinnaby być trudna do wykonania, bo operując w częściach zkądinąd zdrowych, nie powinniśmy napotkać zrostów, oddzielenie których główną trudność operacyjną stanowi. Gdybyśmy znaleźli zraniony przewód żółciowy wspólny, wówczas moglibyśmy bądź zeszyć ranę w jego ściankach przy zranieniu jego częściowém, boczném, jak to radzi zrobić Langenbuch, po wycięciu uwięźniętego w *ductus choledochus* kamienia, bądź téż przy przecięciu zupełném, na oba przecięte końce przewodu nałożyć ligaturę, a żółci drogę otworzyć przez utworzenie przetoki pęcherzykowo-kiszkowéj. Zranienie przewodu wątrobowego ze względu na głębokie jego położenie i co zatém idzie utrudniony doń dostęp, bardzo mało jest prawdopodobne.

Takie są wskazówki postępowania chirurgicznego w obec traumatycznych uszkodzeń dróg żółciowych, jakie możnaby wyprowadzić na zasadzie powyżéj przytoczonych faktów. Czy prędko w ogóle nadarzy się sposobność teoretyczne te wskazania wprowadzić w wykonanie i czy w praktyce okażą się one ściśle odpowiadającemi potrzebie, przesądzać trudno, myślę jednak, że nie wolno w każdym razie, idąc za Witzlem, nie uznawać możności dalszego postępu na téj drodze. Jeśli bowiem w ogóle zdobyczom myśli i postępom wiedzy ludzkiéj nie mamy prawa zakreślać granic, to taka niewiara w konieczność przyszłych udoskonaleń szczególniéj razić winna w obec chirurgii, która na zasadzie najświeższych naukowych zdobyczy sięgając dzisiaj śmiało ręką i zwycięzkim nożem narządów ćwierć wieku temu dostępnych li tylko myśli (*punctio atrii dextri cordis*, *resectio pulmonum*, *incisio peri-*

[1]) *Röhman. Pflügers Archiv. Bd. XXIX* (Roth l. c. p. 136). — [2]) *Landau. Zur Operation der Echinococcen der Bauchhöhle, besonders der Leber. Archiv für klinische Chirurgie herausgegeben von B. v. Langenbeck* T. XXVIII, p. 720. [3]) Pamiętnik Tow. Lek. Warszawskiego r. 1887. Zeszyt II

[1]) Roth l. c. p. 138.

cardii, excisio totius ventriculi), tak szybkim krokiem do doskonałości dziełom ludzkim dostępnéj się zbliża, że bez zarozumiałości przybrać może hardą dewizę: „*Quo non ascendam?!*“

II. Doświadczenia nad użyciem kokainu w chirurgii okulistycznéj.

Przez Dra B. Wicherkiewicza.

(Dokończenie. Patrz Nr. 49).

Według mego dość obszernego doświadczenia nie ulega to żadnéj wątpliwości, że podskórne zastrzykiwania kokainu sprowadzić mogą zupełnie wystarczające znieczulenie, aby pewne ważniejsze operacyje oczne, wykonywane według dawnego zwyczaju tylko po zupełném uśpieniu chorego, wykonać bez bólu dla chorego, lecz i bez wpływu ujemnego na przebieg operacyi. Rozumie się samo przez się, że chcąc zapobiedz zakażeniu, a zatém operować aseptycznie, winniśmy rozczyn kokainowy świeżo przygotować lub przez dodanie odpowiednich czynników antyseptycznych utrzymać go w stanie wolnym od zarazków zakaźnych.

Dla zupełnéj pewności przyrządzam sobie rozczyn ten sam i to w następujący sposób: roztwór sublimatowy 1:10000, do którego dodaję nieco soli kuchennej, gotuję, przecedzam, a po ostudzeniu dodaję do niego dwuchlorek kokainu w stosunku jak 3:4 lub 5 do 100. Rozczyn ten zachowuję w buteleczce dobrze oczyszczonéj i silniejszym rozczynem sublimatowym wypłukanéj a zapewnić mogę, że tygodnie całe daje się on przechować, nie mętniejąc ani nie tracąc na swéj skuteczności. Strzykawkę Pravaza przed użyciem przepłukuję sublimatem a igłę zanurzam w czystym wyskoku i oczyszczam.

Chcąc kokain zastósować pod spojówkę unosimy fałd jéj szczypczykami zaopatrzonemi w końce kauczukowe, aby spojówki nie ranić i pod ten fałd wprowadzamy igłę stosownie do wymagań okolicznościowych na kilka lub kilkanaście milimetrów, poczém płyn wypychamy, nadając końcowi igły różny kierunek. W przypadkach narośli podspojówkowych i oczodołowych wstrzykujemy płyn kokainowy w tkankę łączną oczodołową, a nawet w samo utkanie nowotworu.

Gdy chodzi o wyjęcie gałki, wypada wstrzykiwania takie zrobić w kilku miejscach, a przynajmniéj w kierunku czterech mięśni prostych, dobrze zaś wywracając gałkę ku nosowi piąte zrobić wstrzyknięcie w okolicy tylnego bieguna gałki, ostatnie winno także starannie być wykonaném w razach, gdy chodzi o przecięcie nerwów ocznego i oczodołowych (*neurotomia optico-ciliaris*). Niepotrzebuję niezawodnie dodawać, że wszystkie te zastrzykiwania poprzedzone być winny wkropleniem kokainu do worka spojówkowego.

Ile zaś nakłóć zrobić i ile użyć płynu kokainowego, wskazać powinien każdy poszczególny przypadek operacyjny, gdyż pewnych prawideł ustanowić tutaj nie można. W każdym jednak razie pamiętać trzeba, że w luźnéj tkance podspojówkowéj daleko łatwiéj płyn się rozdziela aniżeli gdy go pod skórę wstrzykujemy.

Przy operacyjach więc na powiekach, ich otoczeniu lub odległych miejscach, które dla tamtych mają nam dać materyjał (transplantacyje) zastępczy, jak w ogóle przy zastrzykiwaniach podskórnych w celu wykonania operacyj chirurgicznych uwzględnić nam to wypadnie.

Gdy chodzi o małe pole operacyjne, wystarcza zazwyczaj zrobić w otoczeniu miejsca mającego być operowaném 3—4 nakłóć w odpowiednich od siebie odległościach (10—15mm.) używając przytém pół strzykawki rozczynu kokainowego. Winniśmy atoli przytém baczyć na to, aby igłę pod skórę wprowadzić dość głęboko a przy wyciąganiu jéj stopniowo tłokiem płyn ze sikawki wyciskać.

Mając przed sobą większy obszar ciała przedstawiającego pole operacyjne, winniśmy w liczniejszych miejscach zapuszczać igłę i użyć oczywiście do tego większéj ilości płynu.

Przy operacyjach ocznych największa ilość spotrzebowana dotychczas przezemnie nie przewyższała $1\frac{1}{2}$ strzykawki Pravaza.

Skoro zastrzykiwania te robimy w tkankę względnie zdrową, natenczas zaledwo one choremu dają się we znaki, mogą zaś wywołać zupełne znieczulenie, tak że operowany przy cięciach zachowuje się obojętnie. Skoro je atoli stosujemy do tkanki, która była siedliskiem zapalenia lub znajduje się jeszcze w stanie przekrwienia, natenczas już same wstrzykiwania wywołać mogą dość przykre palenie, a rzadko kiedy w takich razach obejdzie się przy operacyi bez bólu, lubo wypowiedzieć mi wypada przekonanie, iż w takich razach nie mogąc zastosować uśpienia, oszczędzimy choremu przez zastrzykiwania kokainu bardzo wiele dolegliwości. Wypada mi jeszcze dodać, iż zastrzykiwania te tak podskórne jak i podspojówkowe nie bezpośrednio przed operacyją ale najmniéj na 10 minut przed nią zrobione być winny. Jeszcze 50—60 minut po zastrzyknięciu tkanka pozostaje znieczuloną i dla operacyi bezbolesną. Zupełnie odmiennie pod tym względem zachowuje się kokain przy podpowierzchownem aniżeli przy powierzchownem wstrzykiwaniu (do worka spojówkowego). W ostatnim bowiem razie znieczulenie już po kilku minutach nastaje, aby dość szybko (po 10 minutach) znowu zniknąć.

Nie zdarzało mi się nigdy dotychczas przez zastrzykiwania kokainowe wywołać groźniejszych jakich objawów otrucia. Niekiedy spostrzegałem tylko zbyt silne oddziaływanie na naczynia, objawiające się tém, iż chory blednąc czuje, iż siły go opuszczają a pokrywa się zimnym potem na twarzy; lecz i do tego stopnia działania kokainu nie dopuściłem zbyt często, gdyż ze wszystkiém na setki przypadków, w których środek ten, czy to zewnętrznie czy podskórnie był używanym, przypominam sobie tylko podobne objawy u dwóch, najwyżéj trzech chorych. Co prawda ilość płynu przezemnie używana do wstrzykiwań nie jest znaczną, a jestem przekonany, iż w ogóle małemi ilościami wystarczyć można, byle tylko trzymać się zasady powyżéj przytoczonéj a polegającéj na tém, ażeby igłę zanurzyć głęboko i przy wyciąganiu drobniutkie ilości płynu wytłaczać. Że przy małych nawet ilościach nie zawsze unikniemy objawów otrucia, podczas gdy wielkie nawet dawki stosunkowo bezkarnie bywają znoszone, polega po prostu na tém, iż co do tego środka jak i przy wielu innych wrażliwość szerokie zatacza granice.

I tak przypominam sobie, iż w jednym z owych przypadków, w których sam miałem sposobność zauważyć zbyt szybkie działanie kokainu na ogólny ustrój, chory, któremu zaledwie $\frac{1}{6}$ część sikawki Pravaza 2% rozczynu wstrzyknąłem do przewodu nosowego w celu sondowania tegoż, zbladłszy zaczął ziewać a pokrywszy się zimnym potem, niebawem utracił przytomność, która powróciła szybko po podsunięciu pod nos buteleczki zawierającéj amylnitrit.

W każdym razie poleca się użycie małych tylko dawek, gdy zaś potrzebujemy większéj ilości płynu, natenczas $2\frac{1}{2}$% rozczyn wystarczyć nam powinien. Wcale zaś nie rozumiem,

jak można używać rozczynów 10 i 15%, które nie tylko zwiększają niebezpieczeństwo zatrucia, ale nadto przy samém zastósowywaniu nieraz dość dokuczliwy ból wywołać zwykły.

Rękoczyny, przy których bezboleśnie wykonywałem operacyje stosując kokain podskórnie, były następujące: wyłuszczenia małych narośli, jakoto: kaszaków, raków, mięsaków, tłuszczaków, dalej krwawe zwalniania wywróconych powiek, przemieszczenia znacznych bezmostkowych płatów skórnych, wyłuszczanie zwyrodniałych chrząstek, wreszcie operacyje zwisania powieki. Pod wpływem działania kokainu wstrzykniętego pod spojówkę wykonywałem przemieszczenia mięśni ku przodowi, wyłuszczałem narośle spojówkowe i oczodołowe, przecinałem nerwy wzrokowe i rzęskowe, a kilka razy wyłuszczyłem nawet gałkę. Ostatnia operacyja może tylko natenczas bez bólu być wykonaną, jeżeli gałka mająca być wyjętą uległa już dawno zanikowi i przedstawia kikut; albo gdy ani sama ani też otaczająca ją tkanka nie znajduje się w stanie zapalnym; w przeciwnym bowiem razie, mimo wszechstronnego użycia kokainu (na i pod spojówkę, jakoteż w blaszkę Tenona) nie obędzie się przy wyjęciu bez znacznego bólu, którego chcąc operowanemu oszczędzić, z samego początku przystąpić winniśmy do uśpienia i ogólnego znieczulenia chorego.

III. Z zakładu patologiczno-anatomicznego prof. Dra Hlavy w Pradze czeskiéj.

Chroniczne zapalenia śródmiąższowe wątroby (Hepatitis interstitialis chronica).

Podał
Dr. Andrzej Obrzut,
Docent anatomii patologicznéj i I. asystent patologiczno-anatomicznego Zakładu.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 49).

W obec téj ważnéj roli, jaką przypisuję pseudokanalikom, nasuwa się nam kwestyja ich powstania. Moje zapatrywanie pod tym względem wynika samo przez się z obrazów mikroskopowych, jakie powyżéj naszkicowałem w moich trzech przypadkach. Bezpośredni ich związek z pozostałemi beleczkami komórek wątrobowych, zupełnie bierne zachowanie się przewodów żółciowych, powstawanie tych pseudokanalików niekiedy w pobliżu żyłki środkowéj lub w ogóle niezależne od przestworów międzyzrazikowych, w których przebiegają przewody żółciowe, wreszcie charakterystyczne zmiany na komórkach wątrobowych graniczących z tkanką łączną, mianowicie objawy bujnéj proliferacyi, wszystko są to momenty przemawiające za pochodzeniem pseudokanalików z komórek wątrobowych.

Moje powyższe zapatrywanie na histogenezę pseudokanalików zgadza się zatém z autorem, który je pierwszy opisał, t. j. E. Wagnerem [1]). Zdania innych autorów pod tym względem różnią się znacznie. Jedni uważają pseudokanaliki jako produkt nowotwórczy istniejących przewodów żółciowych (Waldeyer, Zenker, Ackermann, Friedländer), inni zaś uważają je jako komórki wątrobowe zanikowe (Cornil, Sabourin, Brieger, Posner, Klebs, Perls i inni). Z moich obrazów mikroskopowych wynika z wielkiém prawdopodobieństwem pochodzenie pseudokanalików z komórek wątrobowych i w tém zapatrywanie moje jest zgodne z drugą grupą autorów. Szczególnie Cornil i Ranvier [2]) stanowczo oświadczają się za pochodzeniem tych tworów z komórek wątrobowych, jednak zupełnie w inném znaczeniu niż ja: „*Celles ci* (komórki wątrobowe) *comprimées, atrophiées, aplaties, transformées sont devenues l'épithélium des pseudocanalicules... les cellules hépatiques après avoir perdu leur forme spécifique réviennent á l'état embryonnaire et les trabécules se transforment en tubes composés des cellules indifferentes.*“ Podobnie wyraża się i Brieger [1]). Według moich spostrzeżeń nie jestto bynajmniéj zanik komórek wątrobowych, który z nich czyni pseudokanaliki, ale sprawa wprost przeciwna, mianowicie ich proliferacyja. Tworami jednak téj proliferacyi nie są prawidłowe komórki wątrobowe, lecz w skutek zmienionych warunków, w jakich się te komórki znajdują (bujanie tkanki łącznéj w otoczeniu) komórki o wiele mniejsze, mianowicie komórki przybłonkowe, które straciły swój charakter swoisty, a przybrały rolę komórek wyścielających pewne przewody gruczołów.

Z eksperymentów Schmulewicza i Aspada, Simona i Schiffa [2]) wynika, że krew żyły bramnéj jest niezbędną do prawidłowego wydzielania żółci. Nic zatém dziwnego, że skoro tylko komórki wątrobowe zostaną odcięte od dowozu krwi z żyły bramnéj, cecha ich swoista zmienić się musi. W sprawach marskości komórki wątrobowe zostają właśnie odcięte od dowozu krwi z żyły bramnéj, obliterują tu tak gałązki żyły bramnéj międzyzrazikowe, jakoteż naczynia właściwe przyprowadzające krew z żyły bramnéj, a komórki wątrobowe otoczone tkanką łączną zostają odżywiane krwią z naczyń włosowych tętniczych w tejże tkance łącznéj nowowytworzonych. Komórki wątrobowe otoczone tkanką łączną są zatém tak jak komórki przybłonkowe przewodów żółciowych odżywiane krwią tętniczą, beleczki ich przemieniać się muszą w przewody żółciowe, których celem byłoby teraz przeprowadzić żółć wytwarzaną przez komórki wątrobowe jeszcze żółć wydzielające. Czy są w stanie sprostać temu zadaniu, to inne pytanie, nad którém przyjdzie mi się zastanowić.

Ackermann uważa pseudokanaliki za drogi wydzielnicze. Toby zapewne było ich przeznaczenie, trudno jednak pojąć, co mają przeprowadzać takie kanaliki w gruzełku, kilaku, bliznach i t. d. To samo pytanie możnaby zadać co do licznych kanalików moczowych przy większych naciekach gruźliczych, blizen po infarktach (w nerkach) i w ogóle we wszystkich narządach zawierających przybłonki. Najnaturalniejszém jest w takich razach przypuszczenie, że przybłonki pod wpływem téj samej szkodliwości, która sprowadza zmiany nowotwórcze w tkance łącznéj, ulegają także sprawie proliferacyjnéj, jeśli tylko dowóz krwi odżywczéj jest dostatecznym. Jak w nerce swoiste przybłonki kanalików krętych uległszy sprawie proliferacyjnéj tracą swoją cechę swoistą (kształt stożkowaty z pierwoszczem laseczkowatém), a tworzą tylko komórki przybłonkowe z cechą embryjonalną, tj. najprymitywniejszą, tak i komórki wątrobowe proliferując w ogniskach zapalnych wydają tylko komórki przybłonkowe a nie wątrobowe.

Mój opis pseudokanalików różni się znacznie od opisu, jaki dla nich podaje Ackermann. Na pseudokanalikach w moich przypadkach nie spotykałem prawie nigdy światła, którebym musiał był widzieć na przekrojach poprzecznych. Na tych ostatnich nie spotykałem żadnego przestworu wolnego, oprócz wspomnianego dosyć znacznego odstępu między grupą komórek przybłonkowych a ich osłonką. Gdzie zatém masa użyta do nastrzykiwania Ackermanna, któremu miało się udać

---

[1]) Ackermann l. c. pag. 426 i 427. — [2]) *Manuel d'histologie pathologique* 2 wyd. pag. 425.

[1]) *Virchows Archiv* t. 75 pag. 85. — [2]) *Hermanns Lehrbuch der Physiologie* t. V pag. 240.

nastrzyknięcie tych kanalików, wnikała, nie mogę sobie wyobrazić ani z opisów Ackermanna, ani z jego rycin. Możebność nie jest wcale wykluczona, że masa injekcyjna Ackermanna wniknęła do przewodów żółciowych międzyzrazikowych, a z tych w skutek zbytniego parcia do naczyń limfatycznych lub krwionośnych; wszak sam Ackermann przyznaje, że ilość pseudokanalików była większą na preparatach nastrzykniętych niż na nienastrzykniętych, a nie dodaje, czy wszędzie około masy injekcyjnéj był pokład przybłonkowy.

Z mojéj histogenezy pseudokanalików wynikałoby, że ponieważ powstają one z beleczek komórek wątrobowych, odpowiadać muszą przebiegowi naczyń żółciowych włosowatych. I tego též jestem zdania. Zarzut, jaki przeciw temu podnosi Ackermann, że mianowicie w zrazikach oddzielone są one od sąsiednich komórek wątrobowych tkanką łączną, upada w obec mojéj histogenezy, bo te pseudokanaliki powstały właśnie z beleczek komórek wątrobowych, w których przebiegają włosowate naczynia żółciowe. Z tego jednak bynajmniéj nie wynika, jakoby pseudokanaliki trzymały się tylko dawnych dróg włosowatych żółciowych. Siedzibą ich pierwotną są mieszki komórek wątrobowych (*Leberzellenschläuche* w znaczeniu nie Klebsa lecz E. Wagnera). Tkanka łączna bujająca wśródzrazikowo na licznych miejscach przerywa te mieszki, a tém samém i ciągłość pseudokanalików, powstać tu zatém muszą liczne ślepe zakończenia i wypustki (alweole wyżéj opisane), których istnieniu przeczy Ackermann, które jednak w moich przypadkach z całą dokładnością względnie dosyć często spotykałem. Gdyby nastrzyknięcie tych kanalików było możebném, nie powinnaby nigdy nastąpić żółtaczka w przebiegu marskości zwłaszcza przerostowéj, w któréj właśnie jest ich najwięcéj. A przecież w téj ostatniéj chorobie żółtaczka jest tak częstém zjawiskiem, że ją niektórzy autorowie uważają za patognomoniczną dla téj choroby. Pseudokanaliki bardzo źle spełniają swoją rolę.

W. Podwyssocki jun.[1]), który na drodze doświadczalnéj badał nowotworzenie pseudokanalików, przyszedł do odmiennych wyników niż moje. To mnie zmusiło do powtórzenia jego doświadczeń w kierunku histogenezy pseudokanalików. W 3ch doświadczeniach (Nr. 23, 25 i 26 mego protokółu o marskości eksperymentalnéj) podjętych w celu wykazania udziału komórek wątrobowych i przybłonków kanalików żółciowych w sprawie regeneracyjnéj po urazach przyszedłem do odmiennych wyników niż Podwyssozki. Gdzie obrazy anatomiczno-histologiczne zgadzają się z jego obrazami, muszę im nadać zupełnie inne, często wprost przeciwne, znaczenie niż ten autor. Przedewszystkiém stwierdzić muszę, że po urazie (wycięciu kawałka klinowatego z brzegu wątroby) przychodzi tylko do wytworzenia blizny, któréj charakter, mianowicie składniki histologiczne nie świadczą za tém, jakoby tu przychodziło do regeneracyi miąższu w całém tego słowa znaczeniu, tj. do wytworzenia w miejscu ubytku miąższu prawidłowego.

Doświadczenia Nr. 23 i 25. U dobrze odżywionych dorosłych królików wyciąłem po 24-godzinnym poście klinowaty kawałek z przedniego brzegu jednego z płatów wątroby. Rany na brzegach wyciętych zagoiły się bez żadnego powikłania. Po 8 dniach zabito oba króliki uderzeniem w kark.

[1]) *Untersuchungen über die Regeneration des Lebergewebes. Beiträge zur path. Anatomie v. Ziegler et Nauwerck* I, 3, 1886.

Ubytek na brzegu wątroby znacznie mniejszy przedstawia się tylko jako lekkie zagłębienie tego brzegu, z którego ciągnie się do głębi na ½ cm. długa a około 1 mm. szeroka, biaława blizna, spajając w większéj części brzegi pierwotnie się rozchodzące. Preparaty stwardniałe częścią w spirytusie, częścią w roztworze Fleminga lub Müllera. Badanie mikroskopowe skrawków obejmujących bliznę i przylegający miąższ wykazało: powierzchowne warstwy zrazików, przylegające do blizny, wykazują znaczne rozmnożenie komórek wątrobowych. Te nowo powstałe komórki są znacznie mniejsze od prawidłowych, obrysy ich zbliżając się ku bliźnie coraz mniéj wyraźne, naczynia włosowate zupełnie niewidoczne, tak że jedna komórka bezpośrednio przylega do drugiéj, aż wreszcie na saméj granicy blizny pierwoszcze ich traci granicę, a w skutek tego jądra bardzo blisko obok siebie ułożone zdają się leżeć w jednéj masie pierwoszcza. Jądra te są wielkie, ostro konturowane i niczém nie różnią się od jąder prawidłowych komórek wątrobowych. W bliźnie saméj, składającéj się z tkanki łącznéj, znajduje się nieznaczna ilość komórek limfoidalnych i wyraźnie wrzecionowatych, natomiast mnóstwo komórek o jądrach wielkich, lekko owalnych lub zupełnie okrągłych. Naokoło wielu z tych jąder znajduje się ziarnisty barwik żółciowy. Na niektórych miejscach jądra te są obok siebie gęściéj nagromadzone i ułożone w masie jednostajnego wejrzenia z ziarnistym bilirubinem. Takie konglomeraty jąder przedstawiają się zupełnie jak komórki olbrzymie gruźlicze, przedstawiając te same różnice w kształcie, wielkości i rozmieszczeniu jąder. W masie jednostajnéj odpowiadającéj jednéj komórce olbrzymiéj znajduje się niekiedy jedno lub dwa jądra, w innych razach jest ich ogromne mnóstwo. W ogóle rozmaitość pod tym względem przypomina w zupełności gruźlicę. Te komórki olbrzymie znajdują się w przestworze tkanki łącznéj, a masa jednostajna zwykle nie przylega do ścian tego przestworu. Ściana jednak tego przestworu nie przedstawia się jakoby należała do jakiegoś przewodu dawniéj istniejącego. Za pseudokanaliki możnaby uważać gdzieniegdzie szereg jąder przybłonkowych lekko owalnych lub okrągłych. Szeregi te nie są jednak regularne, a o świetle jakiémś nie może być mowy, lub jeżeli to światło znajdujemy, nie leży ono równolegle z osią kanalików, ale prostopadle do niéj. Niekiedy jest takich świateł więcéj, a w zupełności przypominają one naczynia żółciowe włosowate znajdujące się między prawidłowemi komórkami wątrobowemi. Ślepo kończące się wypustki podobnie jak Podwyssozki i ja mogłem często na nich zauważyć. Związku ich z prawdziwemi kanalikami żółciowemi nie odkryłem nigdzie, natomiast często związek ten widziałem między niemi a komórkami wątrobowemi, bujającemi w przyległych warstwach miąższu. Przewody żółciowe prawdziwe, które jako takie łatwo rozpoznać można po ich ścianach i przybłonkach, zachowują się najzupełniéj biernie, przybłonki ich w obrębie blizny są zupełnie prawidłowe. Często wprawdzie widziałem w nich nagromadzenie przybłonków większe niż w stosunkach prawidłowych, nigdy jednak mitoz na nich nie spostrzegłem.

U drugiego królika obraz histologiczny blizny o tyle się różnił od pierwszego, że tutaj ta tkanka bliznowata zawierała więcéj jąder wrzecionowatych, a nie było w niéj komórek olbrzymich. Natomiast znajdowałem tu więcéj pseudokanalików. W częściach blizny graniczących z miąższem znajdowałem pojedyncze komórki wątrobowe lub mniejsze ich grupy. Większość tych komórek okazywała różne stopnie rozpadu z ziarnistym barwikiem, ale niektóre z nich znajdowały się

w stanie proliferacyjnym, czego objawem były mitozy na ich jądrach. Również często spotykałem mitozy na komórkach wątrobowych graniczących z blizną. Z takiéj grupy komórek wątrobowych znajdującéj się częścią w stanie postępującego zaniku, częścią proliferacyi, wychodził mniéj lub więcéj regularny szereg komórek przyblonkowych (pseudokanalików).

Doświadczenie 26te. U dobrze odżywionego, dorosłego królika wyciąłem z brzegu wątroby kawałek klinowaty. Królika zabito w 25 dniu po operacyi. W tym przypadku blizna była daleko rozległejszą, niż w przypadkach tamtych, a wątroba była w miejscu zranienia przyrosła do ściany brzusznéj. Blizna okazywała dalszy stopień organizacyi. Granica jéj z miąższem była na pewnych miejscach ostrą, na innych wysełała wypustki do sąsiedniego miąższu. Wypustki te były widocznie daty młodszéj, bo zawierały znacznie więcéj leukocytów niż blizna. W tych miejscach miąższ wątroby przedstawiał zwyczajny obraz marskości około- i wśródzrazikowéj (*peri- et intralobularis*). W bliźnie, która, jak wspomniałem, była dosyć rozległa i zawierała po większéj części więcéj jąder wrzecionowatych niż okrągłych, znajdowały się wyspy miąższu wątrobowego różnéj wielkości, jakoteż pojedyncze komórki wątrobowe. Tak komórki wątrobowe w grupach jakoteż pojedynczo znajdujące się w tkance bliznowatéj okazywały różne stopnie zaniku barwikowego. Często obok wyraźnych objawów rozpadu pierwoszcza były jądra jeszcze prawidłowe. Najważniejszém zjawiskiem w takiéj wyspie miąższu było zlewanie się niektórych komórek wątrobowych w jednę masę jednolitą, w któréj znajdowały się liczne ziarna barwika. Jądra takich zlanych ze sobą komórek barwiły się jużto dosyć silnie, jużto mniéj, obrysy ich były po większéj części ostre. Ilość jąder stosunkowo do owéj jednostajnéj masy była niekiedy bardzo mała (1—2). Sąto w ogóle różne postacie komórek olbrzymich, których powstanie przez spłynięcie pierwoszcza z sąsiednich komórek wątrobowych nie ulega w tym razie najmniejszéj wątpliwości. Wykazują to z całą dokładnością obrazy przejściowe, gdzie z jednéj strony takiéj grupy komórek wątrobowych widzimy jeszcze dokładne obrysy pierwoszcza, a daléj obrysy te znikają, pierwoszcze staje się jednolitém i powstaje obraz komórki olbrzymiéj. Momentem wpływającym na powstawanie komórek olbrzymich są wypustki tkanki łącznéj wychodzące z obwodu takiéj wyspy do ich wnętrza i dzielące ją drugorzędnie na mniejsze grupy. Powstaje w ten sposób siatka, w któréj oczkach znajdujemy jużto prawidłowe jeszcze komórki wątrobowe, jużto poczynające z sobą spływać, jużto wreszcie komórki olbrzymie. W tych grupach komórek wątrobowych, będących na drodze przemiany w komórki olbrzymie lub rozpadu, znajdują się daléj masy brunatno zielonawe, które swym kształtem i rozgałęzieniami odpowiadają naczyniom włosowatym śródzrazikowym. Jądra, przypominające wielkością leukocyty, znajdują się w téj masie rozproszone. Nie jestto nic innego, jak krew w naczyniach włosowatych za życia skrzepła, tromboza naczyń włosowatych. Na innych miejscach tego preparatu krew w naczyniach włosowatych jakoteż i większych jest zupełnie prawidłowa. Ciałka krwi czerwone mają ostre obrysy i silnie barwią się safraninem (preparat z rozczynu Fleminga).

Ilość pseudokanalików w saméj bliźnie jest bardzo nieznaczna. Najczęściéj jeszcze spotkać je można w pobliżu miąższu wątrobowego, w którego powierzchowne warstwy wnikają delikatne włókienka tkanki łącznéj. Pseudokanaliki w tych razach komunikują bezpośrednio z komórkami wątrobowemi. W prawdziwych kanalikach żółciowych, znajdujących się w obrębie blizny, są przybłonki albo zupełnie prawidłowe, albo widać na nich bujanie i łuszczenie się. W świetle innych wreszcie znajdują się komórki olbrzymie o jądrach zwykle obwodowo ułożonych. Takie komórki olbrzymie są najczęściéj w kanaliku zupełnie odosobnione lub tylko pewną częścią swego obwodu przylegają do ściany kanalika. W masie jednolitéj zawierającéj różną ilość jąder znajdują się większe i mniejsze ziarna barwika. W jądrach tych komórek olbrzymich, wypełniających światło kanalika, znajdują się wyraźne objawy rozpadu; niektóre z nich mają jeszcze ostre obrysy, ale barwią się mniéj, inne są pokurczone i mają nierówne obrysy. Oprócz komórek wątrobowych, które jeszcze jako takie można rozpoznać, znajdujemy w bliźnie liczne większe i mniejsze konglomeraty ziarnistego barwika, z pośród którego często jeszcze przeświecają jądra ułożone na wzór komórek olbrzymich. Sąto zatém komórki olbrzymie, ulegające zanikowi barwikowemu lub też sąto tylko zanikające komórki wątrobowe.

Moje spostrzeżenia różniłyby się zatém od spostrzeżeń Podwysockiego co do zachowania się kanalików żółciowych. Wyraźnie uwydatniłem bierne zachowanie się istniejących kanalików w bliźnie. Spotykałem wprawdzie niekiedy na ich przybłonkach zjawiska, z których możnaby sądzić o istniejącéj tu dawniéj proliferacyi, nigdy jednak nie spostrzegłem okrągławych i podobnych wypukleń *(Ausstülpung)* w ścianach kanalików. Wypuklenia takie spotykałem, ale nie na ścianach kanalików żółciowych, lecz na pseudokanalikach. Z nowo wytworzonych kanalików żółciowych, które autor ten wyprowadza z bujania kanalików dawniéj istniejących, mają się według niego tworzyć prawdziwe komórki wątrobowe, a mianowicie w dwojaki sposób: 1) przybłonki kanalików przemieniają się bezpośrednio w komórki wątrobowe, 2) pokład przybłonkowy przewodów żółciowych spływa w konglomeraty podobne do komórek olbrzymich, z tych wreszcie tworzą się komórki wątrobowe.

I jednemu i drugiemu twierdzeniu muszę zaprzeczyć. Co do pierwszego, to nie widziałem ani jednego obrazu, któryby świadczył za przemianą komórki przybłonkowéj w wątrobową, ale przeciwnie z komórek wątrobowych powstają przez proliferacyę komórki małe przybłonkowe obojętne. Większość komórek wątrobowych oddzielonych od całości zrazików ulega zanikowi; często jednak przed tym zanikiem spostrzegamy na nich czynności produktywne, a rezultatem tego są pseudokanaliki. Na brzegach rany powierzchowne warstwy miąższu w skutek zapalenia zanikać muszą, charakter tego zapalenia jest ten sam co marskości zanikowéj. Następuje tu w powierzchownych warstwach miąższu nowotworzenie tkanki łącznéj między- i śródzrazikowéj. Miąższ wątrobowy w miarę tworzenia się tkanki łącznéj zanika, tworzy się blizna mniéj lub więcéj głęboka do miąższu sięgająca. Dążność do nowego wytworzenia się miąższu objawia się w powierzchownych jego warstwach, graniczących z blizną. Powstają tutaj, jak to i Podwysocki zauważył, z dawnych komórek wątrobowych liczne komorki mniejsze przybłonkowe, większość jednak z tych nowowytworzonych komórek ulega zanikowi barwikowemu, inna część przedstawia się jako pseudokanaliki, inna wreszcie część jako komórki olbrzymie. To co dla Podwysockiego jest objawem przemiany komórki przybłonkowéj w wątrobową, mianowicie wystąpienie w niéj obfitszych ziarn barwika, jest według mojego zapatrywania tylko objawem wstecznym téjże komórki. Jestto zresztą

bardzo zwyczajny objaw w patologii, że komórki wśród swych przemian wstecznych napawają się barwikiem, jak znów wśród przemian ich progresywnych zjawisko to nie jest dotąd udowodnione, zwlaszcza napawanie się tak obfite, jakie na tych komórkach uważamy. Nie wiedzieć zresztą, jakie znaczenie mialaby komorka wątrobowa wśród tkanki łącznéj bliznowatéj, a takie bezcelowości w naturze się nie zdarzają.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Choroby wewnętrzne.

Sprawozdanie o nowszych lekach.

Zestawil Docent Dr. W. Antoni Gluziński.

Wśród lat ostatnich pojawia się tak obfita ilość środków nowych, a o nowym środku tak liczne w rozmaitych czasopismach pojawiają się prace, nieraz sprzeczne ze sobą, że lekarzowi pozbawionemu stykania się bezpośredniego jużto z jakimś zakładem klinicznie prowadzonym, jużto niemającemu ani czasu ani możności zbierania porozrzucanych wiadomości po rozmaitych czasopismach zoryjentowanie się należyte jest trudne a nawet wprost niemożliwe. Chcąc zadanie to czytelnikom Przeglądu Lek. ułatwić, postanowilem od czasu do czasu w formie sprawozdań podawać treść z prac w pewnym okresie czasu ogloszonych o pewnym środku. Sądzę, że podejmując to zadanie trafię w myśl Czytelników i rozpoczynam od streszczenia prac ostatnich o

I. Antipyrinie.

Windelbad: *Antipyrin als Ersatz für Chinin beim Keuchhusten. Allgem. med. Zeitung*, 1887, Nr. 1. — 2. Demut: *Zur Behandlung des Keuchhustens. Vereinsblatt der pfälzisch. Aerzte*, 1887, Nr. 6. — 3. Sonnenberger: *Uiber Pathogenese des Keuchhustens, sowie über neue Behandlungsweise dessselben. Deut. med. Woch.*, 1887, Nr. 14. — 4. Martius: *Antipyrin bei Neuralgien. Münch. med. Woch.*, 1887, Nr. 2. — 5. G. Sée: *Antipyrin contre les douleurs. Comptes rendus*, 1887. — 7. G. Sée: *Comptes rendus*, 1887. — 7. Suckling: *Brit. med. Journ.*, 1887 Juni. — 8. Mendel: *Die Anwendung des Antipyrin bei Nervenkrankheiten. Therap. Monatshefte*, 1887, Nr. 7. — 9. Gomperz: *Wirksamkeit des Antipyrin bei Otalgia nervosa. Wien. med. Presse*, 1887, Nr. 18. — 10. Wollner: *Ein Fall von Chorea minor mit Antipyrin behandelt. Münch. med. Woch*, 1887, Nr. 5.

Działanie przeciwgorączkowe środka tego jest znane i przeważnie bywa on w tym celu używany, a zwlaszcza w gośćcu stawowym ostrym, w którym oprócz działania przeciwgorączkowego rozwija jeszcze i działanie swoiste. W ostatnich czasach pojawily się prace rozszerzające zakres wskazań dla antipyrinu i streszczeniem tych przeważnie się zajmę.

Windelbad (1) poleca antipyrin w krztuścu. Ma on poszczególne napady kaszlu łagodzić i caly przebieg skracać. W. podaje go zawsze z winem stosując dawkę do wieku chorego w formie następującéj:

Rp. Antipyrini 1·0
Vini Tokayen.
Aq. destill. *āā* 25·0
Syr. flor. aurant. 50·0
MDS. Co 2 godziny łyżkę.

Niezawiśle od Windelbada tak Demut (2) jak i Sonnenberger (3) podają dodatnie wyniki w krztuścu. Pierwszy podawał antipyrin w rozczynie po 0·1 na dawkę 3—4 razy dziennie u dziecka rocznego, 0·2 u dwurocznego itd.; drugi w proszku w tych samych dawkach. Leczenie powinno trwać dłużéj i bez przerwy, w przeciwnym razie natężenie choroby wraca. Na noc dobrze jest dawać większą dawkę. Dłuższe podawanie antipyrinu znoszą dzieci dobrze.

Wkrótce po pojawieniu się antipyrinu wśród naszego aparatu leczniczego był on polecony przez Withego, Chromiakowa, Ungara i Lépina jako skuteczny środek w bólach głowy szczególnie polowiczych *(Hemicrania)*. Obecnie wskazania jego rozszerzono jeszcze w tym kierunku dzięki pracom Martiusa (4) a zwlaszcza G. Séea (5 i 6). Martius widząc skuteczność antipyrinu przeciw polowiczym bólom glowy stosowal go z dobrym wynikiem w rozmaitych nerwobólach zwlaszcza przeciw przeszywającym bólom tabetyków, podobnie jak to zauważył już Lépine. Skutek objawial się już po 0·50 antipyrinu; jeżeli po 40 minutach nie bylo skutku, dawkę ponawiał. Obszernie tą sprawą zajął się G. Sée (5), który w licznych przypadkach stwierdził, że antipyrin uspokaja bóle w przewlekłych gośćcach, w napadach ostrych dny, gdzie po 4—6 grm. antipyrinu ustawały bóle w 2—4 dniach. Przedewszystkiém chwali Sée działanie antipyrinu w rozmaitych bólach nerwowych: w polowiczych bólach glowy, w nerwobólach twarzy i odnóg, w bólach głowy różnego gatunku, a szczególnie znów przy przeszywających bólach tabetyków. Antipyrin ma działać również korzystnie w kardijalgijach, stenokardii i *angina pectoris*. Dla usunięcia bólu podaje Sée 3—6grm. antipyrinu w przeciągu 1—3 godzin w wodzie lodowéj. Woda lodowa ma za zadanie wstrzymać mogące wystąpić nudności, wymioty i zawroty glowy. Przy téj dawce jest nieprzyjemném działaniem ubocznem często występująca wysypka na skórze podobna do pokrzywki lub plonicy, która jednak ustępuje, jak tylko dawkę się zmniejszy. Jedném slowem uważa G. Sée antipyrin za jeden z najdzielniejszych środków kojących bóle; chcąc zaś uniknąć szkodliwego dzialania na żołądek a skuteczność antipyrinu zwiększyć, stosowal go Sée (6) w tych samych razach w postaci wstrzykiwań podskórnych ze skutkiem bardzo dobrym. 0·50 antipyrinu rozpuszczonego w takiéj saméj ilości wody stanowiło dawkę. Samo wstrzyknięcie sprawia krótkie uczucie napięcia w skórze, a ból, przeciw któremu środek ten zastósowano, wkrótce ustępuje. G. Sée idzie tak daleko, że działanie wstrzykiwań podskórnych antipyrinu uważa za równorzędne z morfinem a mające tę wyższość, że w wielu razach obok dzialania uśmierzającego rozwija równocześnie i działanie lecznicze. W téj formie zastósowany antipyrin obok w wyżéj wymienionych razach okazal się skuteczny przeciw 1) kolce żółciowéj i nerkowéj, 2) w bólach przy wadach sercowych, 3) bezdechowi u astmatyków. Sée sądzi, że antipyrin wyprze z czasem w wielu razach morfin i wielu cierpiących uchroni od zapadnięcia w przewlekłe zatrucie.

Spostrzeżenia Séea zwlaszcza co do uśmierzenia bólów przeszywających u tabetyków znalazły potwierdzenie i w Anglii w pracy Sucklinga (7). W jednym z jego przypadków wystarczały dwa proszki po 0·60 antipyrinu, aby na tydzień uśmierzyć bóle, które trwały od 12 miesięcy bez przerwy. Mniéj entuzyjastyczne, jakkolwiek również dodatnie są doniesienia z Niemiec. Mendel (8) po calorocznych doświadczeniach w rozmaitych stanach nerwowych takie wyniki podaje: w połowiczym bólu głowy antipyrin działa skutecznie, nie stoi jednak wyżéj w tym razie od *natr. salicyl.* Dodatnie wyniki otrzymywal Mendel w nerwobólach n. troistego, potylicowego i kulszowego. W kilku przypadkach nerwobólu n. nadoczodołowego *(Intermittens larvata)*, gdzie chinin i arsen podawane byly bez skutku, otrzymywal prędkie wyleczenie antipyrinem. Również korzystne działanie można było spo-

strzegać przy zastósowaniu antipyrinu w bólach towarzyszących organicznym zmianom układu nerwowego, np. w *tabes dorsualis*, a nawet w bólach głowy w skutek organicznych cierpień mózgowych (np. nowotwory). W przypadku *caries ossis petrosi*, w którym wszystkie środki okazały się bezskuteczne przeciw towarzyszącym bólom głowy, antipyrin objaw ten łagodził w znacznym stopniu. Natomiast przestrzega przed podawaniem antipyrinu przeciw rozmaitym przypadłościom histeryczek, u których po krótkiéj uldze występuje cały zbiór ubocznych przypadłości. Mendel podawał antipyrin w proszkach w dawce 1grm. trzy razy dziennie, niekiedy powiększał dawkę do 1½, a nawet 2 grm. W tym ostatnim jednak razie występują nieraz przypadłości żołądkowe i ogólne osłabienie. Dla bolesności nie poleca wstrzykiwań podskórnych (wstrzykiwania nie są wcale tak bolesne, — przyp. ref.), w lawatywach działanie niepewne.

Wspomnieć jeszcze muszę, że Gomperz (9) podawał antipyrin w dawce 1—1·50grm. z dobrym skutkiem w *Otalgia nervosa*, a Wollner (10) opisuje przypadek wyleczenia *chorea minor* u dziewczynki 16-letniéj, u któréj poprzednio *Kali bromat.*, *propylamin*, *natr. salicyl.* podawane były bez skutku. Dawka wynosiła trzy razy dziennie po 1grm. Po pierwszych dawkach polepszenie, a po 12 dniach zupełne wyleczenie. (C. d. n.)

Chirurgija.

Kortum: O znaczeniu kreolinu w chirurgii.

Firma hamburska William Pearson i Sp. wyrabia przez suchą destylacyję z najlepszych angielskich węgli kamiennych nowy środek odkażający: kreolin. Sposób otrzymywania tegoż bliżéj nie jest znany. Przetwór ten jest cieczą olejną, ciemnobrunatną, zapachu smoły. Barwą podobny jest nieco do surowego kw. karbolowego, różni się jednakże od niego bardzo łatwą rozpuszczalnością w wodzie w każdym stosunku. Jeżli się puści po ścianie naczynia zawierającego wodę kroplę kreolinu, to powstaje przy zetknięciu się tych dwóch cieczy żywe poruszenie w wodzie; z kropli wysnuwają się białawe nitki, które szybko się powiększają, rozszerzają, aż wreszcie woda bez zakłócenia zamienia się w ciecz mleczną. Ta barwa występuje w roczynach nawet słabszych niż 1:1000, jednak tylko dopóki są świeże; po kilku dniach zaś przyjmuje roczyn barwę kawy mlecznéj. Znakomitéj wartości kreolinu, jako środka odkażającego, dowiódł Dr. E. Esmarch (*Centralblatt f. Bakteriologie und Parasitenkunde*, T. II, 10 i 11). Pokazało się, że kreolin, jeżli nie silniéj, to przynajmniéj równie silnie działa, jak kw. karbolowy. Prof. Fröhner (*Archiv für wissenschaftliche u. praktische Thierheilkunde*, 1887, 14) wypróbował działanie tego środka jako leku przeciwpasorzytniczego, szczególnie w parchu, *dermatodectes* owiec i *sarcoptes* psów.

Także w chorobach zakaźnych przewodu pokarmowego stwierdzono skuteczność kreolinu podawanego wewnętrznie. Prof. Fröhner dowiódł téż za pomocą doświadczeń na psach i koniach, że firma Williama Pearsona i Sp. ma słuszność twierdząc, iż kreolin jest całkiem nietrującym, albowiem nawet po podaniu 50,0 nie widział u zwierząt żadnych objawów zatrucia.

Te dwie znakomite własności kreolinu, mianowicie, że działa niszcząco na mikroorganizmy chorobotwórcze, szczególnie ropy, a zarazem nie jest trujący, naprowadziły autora na myśl, że środek ten może mieć wielkie znaczenie w chirurgii.

Pierwszy raz zastósował go w ciężkim przypadku gorączki połogowéj z szerokiem zropieniem i zgorzelą wielkich stawów, wybrał go zaś dla tego, że mu chodziło o środek, któryby można w wielkiéj ilości zastósować nie obawiając się zatrucia. Wypłukał części rodne, tudzież otwarte stawy 1% roczynem kreolinu i wkrótce znikł odrażający zapach, który przedtém wydawały wszelkie wydzieliny choréj. W przypadku tym były już i w wewnętrznych organach liczne przerzuty, nie udało się więc uratować choréj życia, próba jednak ta zachęciła autora do dalszych. Najpierw zaczął używać opatrunku kreolinowego w obec większych wrzodów podudzia, widząc zaś dobre skutki, także w innych przypadkach w kilka dni po operacyi; przytém wykluczono zupełnie jodoform i sublimat, a wynik okazał się tak pomyślny, że autor prosi kolegów o wypróbowanie tego środka. W obec wrzodów podudzia używano 1—2% roczynu. Zamoczono w nim kompres gazowy i nie wyciskając go przyłożono na wrzód, następnie poduszki z mchu torfowego i obandażowano. Opatrunek taki pozostawał cztery dni i już po zdjęciu pierwszego opatrunku zauważono znaczną zmianę w dnie wrzodu, mianowicie występowała zdrowa ziarnina, która wkrótce wrzód wypełniała, a następnie równie szybko rana skórą została pokryta. Wiele z tych wrzodów było przedtém leczonych jodoformem, wilgotnym opatrunkiem itd. z bardzo małym skutkiem.

Jako dowód znakomitéj wartości kreolinu przytacza autor dwa przypadki wrzodów goleni wielkości dłoni, z brudną, śmierdzącą, ropną wydzieliną. Jeden z tych chorych miał lat 76. W obu przypadkach wypełniły się wrzody po ośmiu dniach leczenia ziarniną, a po następnych dziesięciu pokryły się i skórą. Równie skutecznym okazał się kreolin i w innych przypadkach, a chorzy także byli z niego zadowoleni, twierdząc, że nie sprawia żadnych bólów.

W ciągu dalszych doświadczeń przekonał się autor, że kreolin działa także bardzo skutecznie przy sekwestrotomijach, resekcyjach kości itd. jako środek wysuszający i ograniczający wydzielinę. Już po jednorazowém wypłukaniu roczynem kreolinu silnie ropiejących ran zmniejszało się ropienie tak, że autor do wytamponowania rany zaczął używać tamponów zamaczanych w kreolinie (zamiast dotąd używanych jodoformowych) i wyniki miał tak dobre, że odtąd stale kreolinu zamiast jodoformu używa.

Aby skuteczność kreolinu, jako środka odkażającego, ocenić można, przedstawia autor przypadek, w którym działanie jego okazało się nadzwyczaj szybkiém i silném. U chorego, u którego po wielkiéj plastycznéj operacyi rany okazywały złe wejrzenie, a ciepłota dochodziła do 39°C., zastósował przez kilka dni przemywanie ran roczynem sublimatu, gdy to jednak nie miało skutku, użył roczynu kreolinu i tego samego dnia wieczorem ciepłota opadła do prawidłowego stanu, a na drugi dzień rany okazywały zdrowe wejrzenie.

Szybkość działania kreolinu spostrzegał autor także w przypadkach operowanych z użyciem przy operacyi tylko roczynu kreolinu. Jeżeli wypadło czasem opatrunek na drugi dzień zmienić, to rany pod opatrunkiem z kreolinu tak wyglądały, jak pod działaniem innych środków dopiero po 3ch do 4ch dniach.

Jeszcze jednę zaletę ma kreolin, mianowicie jako środek tamujący krwotok. Autorowi udawało się kreolinem daleko łatwiéj zatamować krwotoki miąższowe, niż innemi środkami. Wyraża więc nadzieję, że kreolin ponieważ łączy w sobie zalety jodoformu i sublimatu, a nie ma ich trującego działa-

nia, przytém ogranicza wydzielinę, działa korzystnie na wytwarzanie się ziarniny, a w pewnym stopniu i krwotoki tamuje, wkrótce zajmie ważne miejsce w chirurgii. (*Berl. klin. Woch.* 1887, Nr. 46). *Dr. Rościszewski.*

Choroby weneryczne.

Doc. Schech (Mnichów): **O kile złośliwéj.**

Przypadki kiły złośliwéj należą obecnie w ogóle do rzadkości; częściéj spotykano się z niemi w końcu XV i na początku XVI wieku, bywały nawet wtedy prawidłem. Od kiły złośliwéj należy odróżnić i zupełnie oddzielić kiłę co do przebiegu ciężką. Ciężka kiła polega, jak wiadomo, na umiejscowieniu się zmian odporniejszych, trudniej leczeniem usunąć się dających w ważnych narządach ustroju ludzkiego. W kile złośliwéj oddziaływa już na początku zakażenia cały ustrój, występuje gorączka, nerwobóle, bóle głowy, podupada odżywienie, rozwija się bardzo szybko ogólna chera. Szybko po sobie występują zmiany drugorzędne i trzeciorzędne, z pierwszych wiele postaci równocześnie. Najczęstszą postacią jéj są niesztowice, sprowadzające w wielu miejscach znaczne zniszczenia skóry, następowo i drobnych naczyń; nierzadko dla tego spotykamy się z wynaczynieniami dość obfitemi. W dalszym ciągu dołączają się inne skazy krwi, usposobienie do gnilca. Palenie i swędzenie w okolicy wrzodów odbiera chorym niemi dotkniętym sen i zatruwa im do reszty życie. Jeszcze gorszą co do towarzyszących jéj objawów i dolegliwość jest wysypka guzkowo-zgorzelinowa; tworzą się typowo guzki, za otwarciem których wydziela się ciecz ropiasta, guzki te nie mają dążności do gojenia się.

Leczenie téj postaci kiły wymaga długiego czasu, 6 miesięcy lub rok, a i wtedy jeszcze nie jesteśmy zabezpieczeni od nawrotu choroby. Bardzo często sprowadza kiła złośliwa inne ciężkie choroby następowe lub równoczesne. Mauriac leczył w przypadku kiły złośliwéj, w którym chory w ciągu jednego dnia miał 22 napadów padaczki, po których przez cały następny dzień leżał w śpiączce. Sprawami końcowemi są zwykle zapalenie płuc, róża, lub choroby przewodu pokarmowego wyniszczające. Rokowanie dla tego jest w każdym przypadku kiły złośliwéj niedobre, a leczenie rzadko powinno być zwykłe, przeciwkiłowe. Owszem można powiedzieć, że leczenie tych przypadków rtęcią chorym raczéj szkodzi a nie pomaga, działa bowiem więcéj niż u innych kiłowych trująco i czyni i tak już mało odporne tkanki jeszcze mniéj odpornemi. Z rtęcią należy w ogóle być w takich razach bardzo ostrożnym. Lepiéj za to wyraża się S. o jodku potasu, który i Mauriac radzi (jeśli chorzy go znoszą) podawać w wielkich dawkach; oprócz tego trzeba koniecznie leczyć miejscowo zmiany na skórze. Nadto w pierwszym rzędzie powinno się starać o należyte a posilne odżywienie chorych.

S. zastanowiwszy się nad etyjologiją kiły złośliwéj, przyznaje, że o innéj jakiéjś postaci jadu mówić obecnie nie można, tém mniéj, że osoby, którym zaszczepiono jad kiłowy z osób kiłą złośliwą dotkniętych, kiły złośliwéj nie dostają. Okoliczność, że złośliwe formy kiły pojawiają się najczęściéj w takich okolicach, do których kiłę świeżo zawleczono, gdzie nikt w okolicy poprzednio na kiłę nie chorował, pozwala mu przypuszczać, że kiła złośliwa napada tylko te osoby, których przodkowie w żadném pokoleniu wstecz kiłą dotknięci nie byli. Za tém przemawiałaby, zdaniem S., i ta okoliczność, że na początku zawleczenia kiły przy końcu XV wieku kiła złośliwa należała prawie do reguły, a łagodniejsze jéj postacie bywały tylko wyjątkami. Podstawę do streszczonéj rozprawy dały S. niedawno spostrzegane dwa przypadki kiły złośliwéj, w których rozważne i ostrożne leczenie obydwóch od niechybnéj śmierci wyratowało. (*Münchener med. Wochenschr.* 1887 Nr. 42 i 43). *H. K.*

(*H. K.*) **Nowy sposób poronnego leczenia dymienicy** podaje Mannino w *La Rifor. med.* 1887 Nr. 67 i 68. Za pomocą strzykawki Pravaza wbitéj na szczycie obrzęku wyciąga się parę kropel ropy; przez otworek zrobiony wstrzykuje się do dymienicy strzykawkę pełną 1% rozczynu sublimatu i zakłada opatrunek lekko uciskający, pod którym znajduje się wata łatwo wodę chłonąca. Po dwóch dniach powtarza się to samo, a jeżeli okaże się potrzeba, i trzeci raz, po dalszych dwóch dniach. M. leczył tym sposobem 27 przypadków, we wszystkich szybko powstawało przeobrażenie wsteczne. Leczenie to przypomina zupełnie podane przez Biddera leczenie czéraka w podobny sposób. (*Deutsche med. Wochschr.* 1887, 45).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich. Sekcyja lwowska.

XII. zwyczajne naukowe posiedzenie z dnia 5 listopada 1887 r.

Przewodniczący Prof Dr. Kadyi. Obecnych członków 28. Jako goście Drowie Raciborski i Germajer.

Kol. Prus miał wykład o zastósowaniu hypnotyzmu w leczeniu chorób nerwowych. W dyskusyi zabrał najpierwiéj głos kol. protomedyk Biesiadecki, który radby mieć wyjaśnienie w trzech kwestyjach, a mianowicie: 1) Czy hypnotyzowanie udaje się tak u zdrowych jak i u chorych osób; 2) czy pewien osobnik nie wprawia się w téj patologicznéj funkcyi; 3) czy przez hypnotyzowanie, usuwając jedne choroby, nie sprowadza się innych podobnych chorób nerwowych? Przytém dodaje, że sam już widział zgubne skutki hypnotyzmu; a i Charcot nie radzi lekkomyślnie bez pewnego rozumnego celu usypiać nerwowo chorych. — Kol. Szpilman nie uważa hypnotyzmu za stan patologiczny, na dowód zaś przytacza swego krewnego, ucznia medycyny, zupełnie zdrowego, którego obrał sobie prof. C. za najodpowiedniejsze medium z pomiędzy wielu dla celów hypnotycznych. — Kol. Laskiewicz wspomina o wyleczeniu lekkich przypadków chorób umysłowych za pomocą hypnotyzowania; roztrząsa zarazem pytanie, jakie zmiany w mózgu może wywołać hypnotyzowanie, czy przekrwienie, czy niedokrewność, a wreszcie zapytuje się prelegenta, czy są znane przypadki zahypnotyzowania osób niewtajemniczonych. — Kol. Seifman przytacza przypadek wyleczenia chorego z manii przez wyskoczenie z okna, którąto czynność niby mu kazał wypełnić papież, jako mogącą go uleczyć z manii. — Kol. Wehr twierdzi, iż tylko patologiczny ustrój daje się zahypnotyzować, opierając się na rozprawach toczonych w tym przedmiocie na jednym z kongresów w Wiesbadenie. — Kol. Schramm natomiast twierdzi, iż i najzdrowszy mózg przez ćwiczenie, a wreszcie i umęczenie da się zahypnotyzować. — Kol. Czyżewicz zapytuje się prelegenta, czy hypnotyzowanie wywiera jaki wpływ na mięśnie gładkie. — Kol. Pisek przytacza w téj kwestyi hypnotyzmu zdanie niemieckich autorów i wyraża życzenie, żeby podano dokładne wskazania i warunki, wśród których należałoby jąć się hypnotyzowania dla celów leczniczych. — Kol. Bylicki zapytuje się, czy sen hypnotyczny jest rzeczywiście snem, co kol. prelegent sądzi o pierścionku Ochorowicza i co myśli o odhypnotyzowaniu? — Kol. Bylicki uważa hypnotyzowanie za środek wręcz szkodliwy, opierając się na przypadku bardzo dobrze przez się obserwowanym, dotyczącym kobiety, która po za hypnotyzowaniu raz w towarzystwie, dla rozrywki, popadła w cierpienie dające się usunąć tylko przez podskórne wstrzykiwanie morfinu. Kończy uwagą, że gdy sen zwykły nie działa na mięśnie gładkie, tém mniéj może wpływać sen hypnotyczny. — Kol. Szpilman wspomina, że doświadczenia w téj mierze przedsięwzięte na zwierzętach nie przyniosły pożądanego rezultatu. —

Kol. Rosenbusch zapytuje się, czy potrzebna jest wola medium, przy tej sposobności przytacza przypadek, dotyczący kolegi, którego zahypnotyzowano bez jego woli i wiedzy. — Kol. protom. Biesiadecki dodaje, iż zmiana w mózgu wywołana hypnotyzmem może być tylko wywnioskowaną, a jeżeli jaka może być, to tylko przekrwienie ostre, czy to całej kory mózgowej, czy też tylko jej części. — Na wniosek kol. Prusa odłożono odpowiedź na powyższe pytania do następnego posiedzenia.

Kol. protomedyk Biesiadecki zabrał z kolei głos w sprawie następującej. Jednym z głównych obowiązków Tow. Lek., a względnie Sekcyi lwowskiej, jest stać na straży honoru, czy to całego stanu, czy też pojedynczych członków. Obowiązek ten należy obecnie spełnić, kiedy w łamach dziennikarstwa polskiego lwowskiego znajdują pomieszczenie artykuły i doniesienia częstokroć niezgodne z prawdą, wycieczki złośliwe często bardzo fałszywe przeciw lekarzom i całemu stanowi. Wnosi przeto, aby wystosować pismo z prośbą do redakcyj tych dzienników, aby na przyszłość każdą sprawę dotyczącą lekarzy, dopiero po dokładnem zbadaniu ogłaszali, lub też odnosili się w każdym przypadku do biura Sekcyi. Pismo to winno być przedmiotowo zredagowane, bez odnoszenia się do jakichś specyjalnych zdarzeń. Zebrani członkowie jednogłośnie przyklasnęli temu wnioskowi, a na dowód, jak redakcyje tych pism są w błąd wprowadzone, przytoczyli koledzy różne epizody z ostatnich dni, dotyczące stanu lekarskiego. Wreszcie przyjęto jednogłośnie wniosek kol. Bylickiego, aby wybrać komisyję złożoną z koll. Biesiadeckiego, Czyżewicza i Kadyja, któraby takie pismo zredagowała i bez odwołania się do Sekcyi przesłała dotyczącym redakcyjom. *Dr. Wiczkowski.*

Komisyja przemysłowa Tow. lek. krak.

Posiedzenie IX z dnia 3 listopada 1887 r.

Przewodniczący kol. Korczyński. Członków obecnych 10.

1. Na wniosek kol. Jaworskiego Komisyja wyraża uznanie i podziękowanie kol. Korczyńskiemu za inicyjatywę i przyprowadzenie do skutku grupy 26ej (higijeniczno-lekarskiej) w tegorocznej wystawie krajowej, jak niemniej Drowi Lutostańskiemu za umiejętne urządzenie tej grupy.

2. Na wniosek referenta kol. Obalińskiego uchwalono udać się do W. Wydziału krajowego i do Dyrekcyi szpitala lwowskiego w sprawie dostawy opatrunków chirurgicznych z fabryki p. Dobrowolskiego w Krakowie.

3. Podkomisyję dla przemysłu aptekarskiego wzmocniono przybierając do niej proff. Bandrowskiego i Steingrabera.

4. Do zajęcia się sprawą przemysłu zdrojowego krajowego uproszono prof. Olszewskiego i Dra Lutostańskiego.

5. Poruczono Drowi Lutostańskiemu rozpatrzenie się w sposobie, w jaki przemysłowcy krajowi w zakresie przetworów mających związek z praktyką lekarską, mogliby wziąć udział w międzynarodowej wystawie, która się odbędzie w r. 1888 w Brukseli.

6. Przewodniczący donosi, że dla użytku przy wykładach urządził w klinice lekarskiej zbiór przetworów leczniczych przez Komisyję badanych a przez Tow. lek. krak. poleconych, przez co uczniowie będą mieli sposobność obeznania się z temi przetworami.

7. W wykonaniu uchwały, jaką powzięło Tow. lek. krak. na posiedzeniu w d. 19 października b. r., postanowiono rozesłać lekarzom i aptekarzom spis przetworów leczniczych krajowych przez Tow. lek. krak. poleconych.

8. Kol. Murdzieński przedkłada wynik tegorocznego szczepienia krowianką p. Kubickiego. Ze spostrzeżeń referenta jak niemniej z poświadczeń 45 lekarzy powiatowych i wielu prywatnych wypływa, że krowianka przyjmuje się znakomicie i sprawia w miejscu zaszczepienia reakcyję całkiem prawidłową.

9. Na podstawie wniosku Dra Wachtla uchwalono polecić Tow. lek. krak. kapsułki elastyczne wyrobu p. Kotowicza w Krakowie napełnione rozmaitemi lekami: jak olejkiem rącznikowym, tranem, tranem żelazistym, balsamem kopaiwianym, *Oleum santali* itp., gdyż wykonaniedzch jest bardzo staranne i dokładne (Tow. lek. krak. na posiew. w dniu 9 listopada 1887 uznało kapsulki te jako zupełnie odpowiednie i polecenia godne). Przy tej sposobności postanowiono na wniosek kol. Cybulskiego zwrócić uwagę producenta, czy nie mógłby równocześnie wyrabiać płyt bromogelatynowych dla fotografii.

10. Również uchwalono na wniosek Dra Wachtla przedstawić Tow. lek. krak. do polecenia produkcyje wegetabilijów lekarskich: *a)* Znanego od dawna i wielce na tem polu zasłużonego hodowcy p. Zieniewicza aptekarza w Brzostku, który obok zbioru z własnego ogrodu aptekarskiego zakupuje zioła aptekarskie u włościan i w przeważnej części wysyła za granicę. Zioła wszystkie, które poddane zostały badaniu (*Baccae myrtylorum, flores althaeae, calendulae, chamomillae, mellilotti, malvae, papav. rh., sambuci, salviae, tiliae, folia trifolii f., herba belladonnae, cardui ben., centaurci min., hysopi, melissae, menthae pip., spilanthi, radix acori, belladonnae, secale cornut. i semina lycopodii)* okazały się wzorowo zebrane i zasuszone. Oprócz tego są polecenia godne jego własne przetwory farmaceutyczne, z których badano: *empl diachylon simpl., extr. malatis ferri* i *resina jalapae.* — *b)* Zasłużonego na polu rolnictwa i gospodarstwa domowego p. Szybalskiego w Morawicy pod Krakowem, który od kilku lat zajmuje się także zbiorem roślin lekarskich i takowe za granicą pozbywa. Z nadesłanych wegetabilijów *(flores chamomillae, salviae, sambuci, tiliae, folia hyoscyami, malvae, menthae erisp., menthae piper., verbasci, herb. abrotani, absynthi, cardui, centaurei, hysopi, ruthae* i *rad. althaeae)* wszystkie okazały się polecenia godne. (Wnioski te Tow. lek. krak. uchwaliło na posiedzeniu w dniu 9 listopada 1887).

Sekretarz *Doc. Dr. Gluziński.*

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Sprawa odwietrzania. Na międzynarodowym Zjeździe higijenicznym w Wiedniu po długich rozprawach nad skutecznością, praktycznym sposobem przeprowadzenia odwietrzania, uchwalono następujące tezy:

1. Pożądanem jest, aby w każdym kraju uznano prawnie obowiązek stosowania odwietrzania w pewnych chorobach.

2. Aby władze miejscowe utrzymywały wszędzie dla ludności osoby wprawne i materyjały do odwietrzania potrzebne i aby odwietrzanie, przynajmniej dla niezamożnych, odbywało się bezpłatnie.

3. Aby się zgodzono na o ile można ograniczoną liczbę środków zalecanych do odwietrzania. W pierwszym rzędzie pomiędzy środkami odwietrzającemi pomieścić należy: wygotowanie w wodzie, parę przynajmniej 100^0 mającą, sublimat (w rozczynie 1:1000), 5% kw. karbolowy, ostatni względnie z dodatkiem kwasów (kw. solny lub winny).

4. Nakadzań w ogóle a w szczególności nakadzań kwasem siarkawym należy do odwietrzania nadal zaniechać.

Po rozprawach co do chorób wymagających bezwarunkowego odwietrzania przyjęto zasadę, że pożądaną jest rzeczą, aby gruźlicę zaliczyć do rzędu chorób bezwarunkowo odwietrzenia wymagających. *Dr. Grabowski.*

Prof. Wolff przedstawił na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego berlińskiego wyniki badań dalszych nad jadem omułka jadalnego (*Mytilus edulis, Miesmuschel*). 0·3 do 0·4gr. tych małżów zabijały morską świnkę już w 2 minuty, a $^1/_3$gr. wyciągu z nich zabiła królika w 4—6 minut. W r. 1885 muszle te zawierały jad, w 1886 były od niego wolne, w roku bieżącym otrzymane omułki z Wilhelmshaven zawierają znowu jad. Wynika z tego, że potrzeba więcej niż jednego roku, aby się w Wilhelmshaven wytworzyły warunki do zatrucia muszli potrzebne. Najwięcej jadu trującego tego zwierzęcia zawiera wątroba. Zewnętrznych wskazówek, któreby pozwalały na pewne odróżnić jadalne od niejadalnych, nie udało się dotychczas wykryć. Stanowczo utrzymuje W., że zatrucie ich następuje na miejscu w Wilhelmshaven, a nie pochodzi z zewnątrz. *(Berliner klin. Wochensch.*, 1887, Nr. 45). *H. K.*

Statystyka epidemij. W tygodniu od 9—15 października umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 23·5. Z płonicy umarło 1 (1 z. t.); z dławca i błonicy 3 (4 z. t.); z czerwonki 1 (1 z. t.); z gruźlicy 4 (4 z. t.); z zapalenia płuc 7 (8 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 2 przypadkach dławca, 4 płonicy, 3 krztuśca. W tygodniu od 2—8 października umarło z ospy: w Tarnopolu 1, w Budapeszcie 2,

w Tryjeście 9, w Pradze 3, w Rzymie 6, w Warszawie 23, w Paryżu 4, w Petersburgu 1. Z odry umarło w Brodach i Tarnopolu po 1, w Wiedniu 1, w Londynie 10, w Kopenhadze 23. Z płonicy umarło we Lwowie 4, w Brodach, w Drohobyczu, Przemyślu i Tarnowie po 1; w Londynie 48, w Warszawie 10, w Petersburgu 7. Z dławca i błonicy umarło we Lwowie 2, w Brodach 3, w Przemyślu i Tarnopolu po 1, w Wiedniu 8, w Pradze 5, w Berlinie 31, w Wrocławiu 13, w Dreźnie i Lipsku po 8, w Budapeszcie 18, w Paryżu 24, w Londynie 30, w Petersburgu 12. Z krztuśca umarło w Wiedniu 1, w Londynie 38. Z duru osutkowego umarło w Amsterdamie 2. Z duru brzusznego umarło w Hamburgu 6, w Paryżu 23, w Rzymie 6, w Londynie 13, w Petersburgu 8. Z czerwonki umarło we Lwowie 3, w Brodach i Tarnowie po 2, w Kołomyi 1.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 2—8 października umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 32,8; we Lwowie 24,2; w Brodach 45,6; w Drohobyczu 21,8; w Kołomyi 37,7; w Przemyślu 34,6; w Stanisławowie 22,4; w Tarnopolu 43,1; w Tarnowie 28,3; w Czerniowcach 37,7; w Wiedniu 20,9; w Salcburgu 19,3; w Gracu 20,2; w Tryjeście 40,4; w Insbruku 18,6; w Pradze 33,8; w Bernie 25,4; w Ołomuńcu 23,0; w Opawie 28,0; w Warszawie 32,7; w Poznaniu 27,1; w Berlinie 20,3; we Wrocławiu 23,1; w Gdańsku 29,4; w Dreźnie 20,5; w Hamburgu 25,7; w Kolonii 19,0; w Lipsku 15,3; w Mnichowie 24,1; w Strasburgu 18,2; w Amsterdamie 19,6; w Brukseli 21,7; w Budapeszcie 28,8; w Chrystyjanii 13,2; w Kopenhadze 25,1; w Londynie 15,7; w Odesie 29,0; w Paryżu 19,2; w Petersburgu 21,4; w Rzymie 23,9; w Stokholmie 16,8. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* Kraków (7 grudnia). Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lek. krak. dokonano wyboru komitetu przedwyborczego dla nastąpić mających wyborów dorocznych funkcyjonaryjuszów Towarzystwa. Następnie wybrano profesora Łazarskiego delegatem Towarzystwa do komisyi sanitarnéj krakowskiéj w miejsce kol. Paszkowskiego; poczém prof. Korczyński przedstawił szereg przetworów leczniczych, które Komisyja przemysłowa za odpowiednio sporządzone uznała, prof. Adamkiewicz przedstawił wodę bromową zrobioną w zakładzie pp. Rzący i Chmurskiego na sposób znanéj wody Dra Erlenmeyera, a pan Wołański magister farmacyi ze Lwowa okazał kefir swojego wyrobu. Wreszcie prof. Rydygier przedstawił chorych leczonych w klinice chirurgicznéj tutejszéj a prof. Obaliński okazał nowe przyrządy do szybkiego zamykania rur gumelastycznych.

* Współpracownik nasz Dr. Maks. Gumplowicz pod koniec września wyjechał po raz drugi do Indyj holenderskich. Pisze on nam dn. 1go listopada z Batawii: „Załączam owoc kilku z niezliczonych wolnych chwil całomiesięcznéj podróży morskiéj. Podróż mieliśmy przecudną i bardzo przyjemną. Przez zbieg różnych okoliczności otwierają mi się zaraz na wstępie piękne widoki w Indyjach“.

* Posadę lekarza zakładu weterynarskiego w Dorpacie po śmierci radcy dworu Dra Ammona otrzymał rodak nasz docent Dr. Zaleski.

* Sympatyczny i wymowny kand. med. Květoslav Merhaut, który bawił w Krakowie w miesiącu marcu jako reprezentant młodzieży czeskiéj podczas uroczystości jubileuszowéj tygodnika naszego, uzyskał d. 3 bm. dyplom doktora w. nauk lek. w czeskim Uniwersytecie Karola Ferdynanda.

* **Wiedeń.** Rząd przedłożył Sejmom Austryi dolnéj, Czech, Śląska, Styryi, Krainy, Vorarlbergu i Bukowiny projekt ustawy względem organizacyi służby zdrowia w gminach.

* W Moskwie na Dziewiczém Polu otworzona została 13 listopada b. r. nowa psychijatryczna klinika, zbudowana kosztem pani Morozowéj. Posiada ona 30 łóżek dla mężczyzn a 20 dla kobiet. Dyrektorem téj kliniki jest prof. A. Kożewnikow.

* **Paryż.** Pod koniec lipca 1888 r. zbierze się tu Zjazd poświęcony wyłącznie badaniom gruźlicy. Członkiem Zjazdu może być każdy lekarz, który złoży składkę 10 franków. Wykłady i rozprawy odbywać się będą tylko w języku francuskim. Na czele Zjazdu stoją Chauveau jako prezes i Villemin jako jego zastępca.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Petersburg.** Prof. nadzw. w Akademii wojskowo-lek. Dr. Benjamin Tarnowski, wysłużywszy lat 25, wybrany został na dalsze 5 lat. Z tego powodu znakomitego profesora spotkała owacyja ze strony asystentów i uczniów. — Prof. medycyny sądowéj Dr. Anrep mianowany został członkiem Rady lekarskiéj. Dr. Walther habilitował się jako docent prywatny med. wewnętrznéj w Akademii wojskowo-lekarskiéj. — Dr. Batujew wybrany tamże prosektorem przy katedrze anatomii. — **Kijów.** Dr. Rawa habilitował się jako docent patologii chirurgicznéj. — Prof. nadzw. chorób kiłowych i skórnych Dr. Stukowenkow mianowany profesorem zwyczajnym. — **Berlin.** Prof. Senator mianowany tajnym radzcą lekarskim. — **Wiedeń.** Zgłosili się do habilitacyi Drowie: Ehrmann (do chorób skórnych i kiłowych), Edmund Neusser (do medycyny wewnętrznéj), Hacker (do chirurgii), Hochstetter (anatomii opisowéj), Kolisko i Paltauf (anatomii patologicznéj). Miejsce Dra Ikałowicza jako asystent przy katedrze patologii doświadczalnéj otrzymał Dr. Pál, a miejsce Lustgartena jako asystent przy katedrze chorób skórnych Dr. Łukasiewicz. Docent patologii doświadczalnéj Dr. Gustaw Gärtner jednomyślnie przedstawiony został do nominacyi profesorem nadzw. a prośby b. prof. insbruckiego, a obecnego prymaryjusza Langa, o wcielenie go w skład grona profesorów, postanowił Wydział nie poprzeć. — **Budapeszt.** O katedrę kliniki wewnętrznéj ubiegają się proff. Purjesz i Bókai z Klausenburga, proff. Kétli, Müller, Stiller, prymaryjusz Tokács i docent Jendrássik. — **Marburg.** Prof. Roser z d. 1 kwietnia 1888 przechodzi na własne żądanie w stan spoczynku.

* **Wiadomości osobowe.** Dr. Andrzéj Buraczyński mianowany został starszym lekarzem w armii czynnéj.

Piśmiennictwo lekarskie. Dr. B. Wicherkiewicz. 9te Sprawozdanie roczne Zakładu leczniczego dla ubogich chorych na oczy w Poznaniu. Poznań, 1887, stronnic 44.

Podczas gdy oftalmiczny warszawski instytut imienia książąt Lubomirskich od czasu wyjścia z niego Dra Jodki zaprzestał ogłaszać sprawozdania roczne z czynności swoich, podczas gdy młodziutki oftalmiczny instytut wileński począł dopiero obznajamiać czytającą publiczność lekarską z ruchem chorych swoich, kol. Bolesław Wicherkiewicz daje nam corocznie treściwe sprawozdanie ze swego zakładu, który, jak przekonali się fachowi koledzy podczas Zjazdu poznańskiego, stoi na wysokości wymagań naukowych, przynosząc pożytek dla ludności wszelkich wyznań W. Ks. Poznańskiego. Jestto jedyny zakład oftalmiczny w tym kraju, nie dziw więc, że nie brak mu materyjału. Z leżącego przed nami 9go sprawozdania, wydanego jak wszystkie poprzednie w postaci eleganckiéj broszury, dowiadujemy się, że w 1886 r. umieszczono w klinice ubogich 6 nowych łóżek, tak że obecnie Zakład rozporządza już 66 łóżkami, prócz 10 łóżek kliniki prywatnéj.

Ogółem poliklinicznie leczono chorych w 1886 r. 3720 (1910 m. i 1810 k.), naturalnie najwięcéj z Poznania (1563) i obwodu Poznańskiego (1165), z Król. Polskiego i Rosyi 61. Podług narodowości było: polaków 2366, niemców 1034, żydów 316, innych narodowości 4. Z nich wyzdrowiało 2705, ukończyło kuracyję z polepszeniem 112, niewyleczono 6, jako nieuleczonych nieleczono wcale 29, jednorazowo radzących się 686, pozostało w leczeniu 182. W klinice prywatnéj leczono 76 osób; w klinice ubogich 571.

Z chorobami spojówki leczono 1505, rogówki 768, białkówki 18, tęczówki 94, naczyniówki 36, jaskrą 49, siatkówki i n. wzrokowego 69, niedośleпu i jasnéj ślepoty 85, soczewki 186, c. szklanego 64, gałki ocznéj 37, z chorobami refrakcyi 300, akomodacyi 193, mm. ocznych 107, nerwów 21, organów łzowych 98, oczodołu 8, powiek 384.

Większych operacyj wykonanych 452, a mianowicie: operacyj soczewki 132, w téj liczbie wydobycie zaćmy dojrzałéj z następném wypłukaniem 21, wypłukanie soczewki niedojrzałéj sposobem autora z irydektomiją 41, bez takowéj 16); operacyj tęczówkowych 78, głównie irydektomija w celach optycznych (41) i przeciw jaskrze (30); operacyj rogówkowych 35, z liczby których nakłócia przy *keratitis c. hypopio* zrobiono 20; operacyj twardówki 7; oper. mięśni ocznych 42; oper. powiek 114, w li-

czbie których główną rolę odgrywają op. podwinięcia powieki sposobêm autora (22); kantoplastyka (31); operacyj spojówkowych wykonano 15; oper. przewodu łzowego 10; wyłuszczenie gałki 16; wreszcie innych operacyj 3.

Ponieważ sprawozdanie to napisane i dla lekarzów i dla inteligentnéj publiczności, przeto szan autor umiał połączyć część czysto specyjalną z pogawędką popularną. Znajdujemy tu i kilka słów o większéj częstości krótkiego wzroku u mężczyzn w skutek rodzaju ich zajęć, kilka uwag odnoszących się do higijeny cierpiących na zapalenie egipskie, którzy łatwo przenoszą zarazki na osoby zdrowe za pomocą swych rąk przy grze, w tańcu, przy powitaniu i innych sposobnościach. Daléj karci autor obrzydliwe zwyczaje ludu prostego, w skutek których choroby oczne nieraz przyjmują groźny charakter, a mianowicie: wylizywanie chorego oka, przykładanie do niego mięsa, kału i przemywanie oka moczem. I cóż się dziwić, że tego ostatniego środka używają nieraz ludzie prości: przed paru latu ledwom się oparł, że nie użyto go w dywizyi gwardyjskiéj, konsystującéj w Warszawie, przeciw jaglicy. Środek ten gorąco zalecał u wyższéj władzy dowódzca pułku generał W.

Kol. W. dla oczyszczenia powiek używa rozczynu sublimatu (1:1000), dla wypłukania worka spojówkowego poleca tenże rozczyn daleko słabszy (1:10.000). Po operacyi na powieki kładzie spory pokład gazy jodoformowéj, którą pokrywa warstwą waty opatrunkowéj i następnie przytwierdza przepaskę gazy nakrochmalonéj i zmoczonéj rozczynem dwuchlorku rtęci. Tak nałożoną opaskę zwykle pozostawia nietkniętą przez 3—4 dni. Rezultaty operacyj, jak widać z ich wykazu, zwykle były dobry, z bardzo małym wyjątkiem, w jednym tylko przypadku obserwowano zropienie oka po operacyi zaćmy.

Zrobiwszy kilka słusznych uwag nad ostrożnêm używaniem kokainu przed i po operacyjach zaćmy, kol. W. wspomina o cennych zaletach wypłukiwania zaćm, których on wykonał w 78 przypadkach. Prócz zaćm, szczęśliwie wypłukiwał on swym przyrządem i krew z przedniéj komórki oka, przed i po wydobyciu zaćmy, w tym celu używał zwykle wody słonéj, przegotowanéj i ostudzonéj na 30°R.

Już i w poprzednich swych sprawozdaniach autor narzekał, że często zgłaszają się doń chorzy z zadawnionemi chorobami, jak np. jaskrą. I dziś wzywa publiczność, aby chorzy w nagłych i groźnych przypadkach udawali się do zakładu wprost i bez żadnego pośrednictwa i jako przykład utrudnienia władzy przytacza, iż pewna chora 2 lata zniewoloną była czekać na zaświadczenie p. burmistrza! rezultatem czego była zupełna nieuleczność ślepoty.

W końcu wspomnieć musimy, że asystent Dr. Sroczyński jako „obcokrajowiec" ustąpił w końcu roku z zajmowanéj gorliwie posady; po nim obowiązki asystenta spełniał Dr. Krysiewicz.

Pozostaje nam życzyć, aby oftalmiczny zakład poznański pod światłem kierownictwem kol. Wicherkiewicza z każdym rokiem coraz bardziéj się rozwijał, pokrywszy jak najrychléj niedobór dochodów z lat poprzednich. *Dr. Józef Talko.*

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 49: Kępińskiego: O rzadszych chorobach ocznych przy chronicznych cierpieniach nerek (dok.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 49: Rappela: Floroglucyno wanilina, odczynnik na wolny kw. solny w zawartości żołądka: Grundzacha: Kilka słów o nowym odczynniku na kw. solny w zawartości żołądka; Zabludowskiego: Przyczynki do techniki i wskazań dla mięsienia; Willenza: Farmakologiczno-doświadczalne badania nad salolami (dok.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. G. BECKS: *Therapeutischer Almanach*, 15 Jahrg. 1888, 1 Semester, Bern, 1888, in 12mo 59.

Piśmiennictwo lekarskie:

PROUST A. Prophylaxie sanitaire maritime des maladies pestlentielles exotiques. 8. Paris, Masson. Fr. 1.

ROTTER E. Die typischen Operationen u. ihre Uibung an der Leiche. 8. München, J. A. Finsterlin. geb. M. 6.

SCHACHMANN M. Cirrhose hypertrophique du foie avec ictère chronique. Av. 4 pls. col. 8. Paris, Masson. Fr. 4.

SCHÜLLER M. Die Pathol. u. Therap. d. Gelenkentzündgn. gr. 8. Wien Braumüller. M. 3.

STRÜMPELL A. Kurzer Leitfaden f. d. klin. Krankenuntersuchung. 12. Leipzig, F. C. W. Vogel geb. M. — 80.

ZIEMSSEN H. v., Klinische Vorträge. 1. u. 4. Vortr. gr. 8. Leipzig, F. C. W. Vogel. à M. — 60. (Inh.: 1. I. Allgemeines. 1. Der Arzt u. die Aufgaben d. ärztl. Berufes. — 4. III. Infectionskrankheiten. 1. Ueber die Cholera u. ihre Behandlung).

ZUCKERKANDL E. Ueb. d. Riechcentrum. M. 7 Ta. u. 25 Abb. gr. 8. Stuttgart, Enke. M. 5.

Przed zamknięciem numeru otrzymaliśmy następującą odezwę:

W kasie Towarzystwa Lekarskiego galicyjskiego złożona jest kwota zła. 240 na rzecz Banku poznańskiego. Otóż sądzę, że byłoby rzeczą właściwą, aby koledzy, którzy mają chęć złożenia jakiejś kwoty na rzecz tego Banku, przesłali pieniądze na ręce moje lub skarbnika Towarzystwa (p. Litticha, Namiestnictwo). Kwota w ten sposób zebrana zostałaby użytą na zakupno akcyj, które stałyby się własnością funduszu żelaznego Towarzystwa lekarzy galicyjskich. W przeciwnym razie kwoty poszczególne drobne nie wystarczyłyby na kupno akcyj, a têm samêm ofiarujący je nie mieliby sami z nich korzyści.

Lwów d. 7 grudnia 1887.

Dr. Alfred Biesiadecki.

Sprostowanie. W Nrze 49 z winy zecera na str. 666 umieszczono w szpalcie 1éj dwa pierwsze wiersze w protokóle Tow. przyjaciół Nauk poznańskiego, które powinny znaleźć miejsce na początku 1éj szpalty str. 667, jako należące do sprawozdania Komisyi sanitarnéj krakowskiéj. Przepraszając koll. sprawozdawców obydwóch tych prac i czytelników za oszpecenie tych sprawozdań, dodajemy ze swéj strony, że z powodu opóźnienia się drukarni ani redaktor ani korektor nie byli w stanie dojrzeć usterku tego, a têm mniéj polecić jego usunięcie.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

P. Dr. H. J. we Lwowie: Komisyja Redakcyjna na posiedzeniu pełnêm z d. 8 grudnia rb. uchwaliła jednomyślnie żądaniu Pańskiemu o umieszczenie w *Przeglądzie Lekarskim* oceny nadesłanych jéj odbitek z Dziennika Polskiego p. t. „Umysł a ciało" i „Nagła śmierć w szkole" odmówić, a to z powodu, że w mowie będące artykuły, jako pisane w sposób nieprzedmiotowy a obelżywy, nie mogą sobie rościć prawa do oceny w poważnêm piśmie naukowêm.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.